

## CASO CLÍNICO

1. Médico Especialista en Ginecología y Obstetricia, Subespecialista en Biología de la Reproducción Humana, Doctor en Gestión Pública y Gobernabilidad, Docente de la Universidad Nacional de Trujillo, Perú. Médico Asistente del Hospital Regional Docente de Trujillo, Perú. Director Médico del Centro de Reproducción Asistida FERTILITA, Trujillo, Perú ORCID 0000-0001-6336-1493
2. Médico Especialista en Ginecología y Obstetricia, Doctor en Medicina, Docente de la Universidad Nacional de Trujillo, Perú. Médico Asistente del Hospital Regional Docente de Trujillo, Perú. ORCID 0000-0003-3616-6080
3. Médico Especialista en Ginecología y Obstetricia, Maestro en Medicina con Mención en Ginecología y Obstetricia, Docente de la Universidad Nacional de Trujillo, Perú. Médico Asistente del Hospital Regional Docente de Trujillo, Perú. ORCID 0000-0003-0418-0806
4. Médico Especialista en Ginecología y Obstetricia. ORCID 0000-0002-6833-730X
5. Médico especialista en Ginecología y Obstetricia, Médico especialista en Medicina familiar y comunitaria, Maestro en gestión de los servicios de la salud, Docente de la Universidad César Vallejo, Trujillo. Médico asistente del Hospital de Especialidades Básicas La Noria, Trujillo. ORCID 0000-0003-4658-2897

**Conflictos de interés:** Los autores niegan conflictos de interés.

**Financiamiento:** Autofinanciamiento.

**Contribución de los autores:** Todos los autores participaron en la realización del presente estudio. Se encargaron de la evaluación del caso clínico, redactaron la primera versión del artículo, participaron en la discusión de los estudios encontrados, aprobaron la versión final del manuscrito y asumen la responsabilidad por el contenido del artículo

**Agradecimientos:** Al Hospital Regional Docente de Trujillo, Perú

**Recibido:** 23 mayo 2023

**Aceptado:** 1 octubre 2023

**Publicación en línea:** 13 diciembre 2023

**Correspondencia:**

Juan Carlos Rojas Ruiz

📍 Calle los Diamantes 283, Urbanización Santa Inés, Trujillo, Perú. Código postal 13001

☎ 949067591

✉ jcrojasru@gmail.com

**Citar como:** Rojas-Ruiz JC, Núñez-Acevedo ES, Caro-Alvarado G, Salazar-Cuba X, Ángeles-Reyes RP. Tuberculosis genital en el tercer trimestre del embarazo. Comunicación de un caso y revisión de la literatura. Rev peru ginecol obstet. 2023;69(4). DOI: <https://doi.org/10.31403/rpgo.v69i2573>

# Tuberculosis genital en el tercer trimestre del embarazo. Comunicación de un caso y revisión de la literatura

## Genital tuberculosis in the third trimester of pregnancy. Case report and review of the literature

Juan C. Rojas-Ruiz<sup>1</sup>, Edwards S. Núñez-Acevedo<sup>2</sup>, Gonzalo Caro-Alvarado<sup>3</sup>, Xanadu Salazar-Cuba<sup>4</sup>, Robert P. Ángeles-Reyes<sup>5</sup>

DOI: <https://doi.org/10.31403/rpgo.v69i2573>

### RESUMEN

La tuberculosis es una de las principales causas de muerte generada por un agente infeccioso a nivel mundial. Generalmente su afectación es pulmonar, pero bajo ciertas circunstancias puede diseminarse a través de vía linfática o sanguínea y afectar tejidos u órganos distantes. En el embarazo puede ocasionar múltiples complicaciones maternas y neonatales. A pesar de ser un problema importante de salud pública, en la actualidad no existe suficiente evidencia en las guías sobre la epidemiología, flujograma diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis genital en el embarazo. Se presenta un caso de tuberculosis genital en el tercer trimestre del embarazo con evolución tórpida, dificultad para el diagnóstico y retraso en la instauración del tratamiento.

**Palabras clave:** *Mycobacterium tuberculosis*, Tuberculosis genital, Embarazo, tercer trimestre

### ABSTRACT

Tuberculosis is one of the main causes of death generated by an infectious agent worldwide. It usually affects the lungs, but under certain circumstances it can spread through the lymphatic or blood routes and affect distant tissues or organs. In pregnancy it can cause multiple maternal and neonatal complications. Despite being an important public health problem, there is currently insufficient evidence in the guidelines on the epidemiology, diagnostic flow chart and treatment of genital tuberculosis in pregnancy. A case of genital tuberculosis in the third trimester of pregnancy with a torpid evolution is presented, with difficulty in diagnosis and delay in the establishment of treatment.

**Key words:** *Mycobacterium tuberculosis*, Tuberculosis, genital, Pregnancy, third trimester

### INTRODUCCIÓN

La tuberculosis es una enfermedad infecciosa causada por el *Mycobacterium tuberculosis*. Es transmitida por vía aérea, con afectación pulmonar, aunque puede diseminarse por vía linfática o sanguínea y afectar tejidos y órganos distantes<sup>(1)</sup>. Considerada un importante problema de salud pública<sup>(2)</sup>, afecta poblaciones vulnerables principalmente en países en vías de desarrollo, siendo Brasil (33,1%), Perú (13,4%) y México (10,3%) los que cuentan con el porcentaje más alto de casos en América Latina<sup>(3)</sup>.

La tuberculosis genital (TBG) consiste en la invasión del *M. tuberculosis* al tracto genital femenino, usualmente secundaria a una tuberculosis pulmonar y que comúnmente compromete a pacientes inmunocomprometidos o con enfermedades crónicas, incluyendo al virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)<sup>(2)</sup>. Las trompas de Falopio son las más afectadas (90 a 100%), seguido por el útero (70%), ovarios (30%), cérvix (10%) y raramente la vulva y la vagina (1%)<sup>(2)</sup>. Fue reportada por primera vez en 1744 por Morgagni, en autopsias realizadas a jóvenes fallecidas por peritonitis<sup>(4)</sup>.



La incidencia de tuberculosis en mujeres en edad fértil y gestantes se relaciona directamente con la prevalencia que presenta su población general y con la prevalencia del VIH<sup>(5)</sup>. Generalmente no se hace una búsqueda sistematizada de la tuberculosis, por lo que la incidencia de tuberculosis en el embarazo, sea latente o activa, no está bien determinada a nivel mundial<sup>(1)</sup>. Los datos disponibles sugieren que la prevalencia de tuberculosis activa en gestantes oscila entre 0,06 y 0,25% en los países con carga baja, mientras que en aquellos con carga elevada, las tasas fluctúan entre 0,07 y 0,5%<sup>(6)</sup>.

La incidencia de la TBG se desconoce, debido a casos no comunicados, asintomáticos y la falta de pruebas diagnósticas de alta sensibilidad<sup>(3)</sup>. Al ser una afectación poco frecuente no existe suficiente evidencia sobre la epidemiología en gestantes. Se sabe que la tuberculosis materna se asocia con un mal pronóstico materno y fetal y puede conducir a mortalidad en ambos<sup>(7)</sup>. En las gestantes, los factores de riesgo son los mismos de la población en general, como la exposición reciente a una paciente con tuberculosis activa, o vivir o trabajar en ambiente con alto riesgo de contagio. Las variaciones inmunológicas de la gestación pueden incrementar la susceptibilidad a la infección por tuberculosis, como lo es la supresión de la respuesta inflamatoria de los linfocitos T de ayuda<sup>(1)</sup>.

Se presenta un caso de tuberculosis genital en el tercer trimestre de embarazo, con manifestación atípica y evolución tórpida, cuya dificultad del diagnóstico retrasó la instauración del tratamiento.

## COMUNICACIÓN DEL CASO

Se trató de una mujer de 20 años, nulípara, con gestación de 33 semanas 5 días. Negó patologías previas o historia familiar de tuberculosis; no tenía antecedentes quirúrgicos.

Cinco días antes del ingreso inició dolor en hemiabdomen inferior al movilizarse, acompañado de dolor tipo cólico esporádico. Un día antes del ingreso se agregó malestar general y alza térmica. Al ingreso tenía malestar general, secreción vaginal sanguinolenta y dolor abdominal tipo cólico.

Al examen físico, los signos vitales eran estables, el feto reactivo y el hemograma normal, por lo que permaneció en observación. Seis horas después presentó hipotensión, taquicardia y taquipnea. El feto mostró taquicardia y disminución de los movimientos fetales; la prueba no estresante del feto fue no reactiva en dos oportunidades.

En interconsulta a medicina, se consideró posible sepsis de origen urinario, por lo que se inició antibioticoterapia. Debido a la persistencia de hipotensión, taquicardia, taquipnea, bradicardia y falta de reactividad fetal, se consideró el diagnóstico de corioamnionitis y sufrimiento fetal agudo y se programó a la paciente para cesárea de emergencia.

Como hallazgos operatorios, se encontró líquido libre con fibrina en las áreas parietocólicas a predominio izquierdo y en la región prevesical (150 mL), absceso tubárico izquierdo, trompa uterina izquierda dilatada, indurada y deformada con fibrina en las fimbrias (figura 1). El absceso tubárico se mostró engrosado (acartonado) con superficie de aspecto granular (gránulos de mijo). Se realizó cesárea, extrayéndose recién nacido vivo. Luego se efectuó salpingectomía izquierda, lavado de cavidad peritoneal y toma de biopsias de peritoneo y epiplón para estudio anatómico-patológico.

La paciente inicialmente presentó mejoría clínica. Pero, al siguiente día se quejó de dolor abdominal intenso acompañado de taquicardia, taquipnea y fiebre que no cedió a antipiréticos. Evaluada por la unidad de cuidados intensivos, se recomendó rotación de antibióticos, cultivos y radiografía de tórax, que mostró opacidad en la base pulmonar izquierda. Figura 1. Pared posterior del útero y trompa uterina izquierda dilatada.

Como los síntomas persistían, se planteó la posibilidad de endometritis y se indicó histerectomía. En el acto quirúrgico se halló útero de 18 cm, blando, pálido, friable, con mal olor, trompa derecha y ambos ovarios edematosos con fibrina en su superficie, líquido ascítico serosanguinolento (200 mL) (figura 2). Se realizó histerectomía abdominal subtotal, salpingectomía derecha, ooforectomía izquierda, lavado de cavidad peritoneal y colocación de dren Penrose. Se continuó con antibioticoterapia de amplio espectro.



FIGURA 1. PARED POSTERIOR DEL ÚTERO Y TROMPA UTERINA IZQUIERDA DILATADA.



FIGURA 2. ÚTERO FRIABLE Y PÁLIDO.



Al tercer día de su último postoperatorio, se indicó tratamiento como probable tuberculosis extrapulmonar, evidenciándose mejoría clínica al tercer día del tratamiento específico consistente en Rifampicina 150 mg/Isoniazida 75 mg/Pirazinamida 400 mg/Etambutol 275 mg por 2 meses más Rifampicina 150 mg/Isoniazida 75 mg por 10 meses.

Los informes de patología fueron salpingitis tuberculosa izquierda caseificante, epiploditis tuberculosa caseificante, peritonitis tuberculosa, ooforitis granulomatosa caseificante con células gigantes de tipo tuberculoso.

El recién nacido recibió tratamiento profiláctico con Isoniazida por 6 meses y todas sus pruebas salieron negativas para TBC.

## DISCUSIÓN

La tuberculosis es la segunda causa de muerte por un agente infeccioso a nivel mundial<sup>(8)</sup>. La afectación genital es poco frecuente y a menudo es subestimada debido a que no existen datos precisos sobre la incidencia y menos en gestantes. Como menciona Salazar, solo existen datos en gestantes con tuberculosis en general llegando a un 0,5%<sup>(6)</sup>, porcentaje que se cree es menor si hablamos de TBG en gestantes.

Wang y col mencionan que los cambios hormonales durante el embarazo, especialmente los de estrógeno y progesterona, inhiben la función inmune de los linfocitos y reducen la inmunidad materna. Además, el aumento de la permeabilidad microvascular en la gestante permite al *M. tuberculosis* ingresar al torrente sanguíneo y comprometer cualquier órgano<sup>(9)</sup>, tal como en nuestra paciente que no presentó enfermedad pulmonar previa pero sí afectación del aparato genital.

La TBG carece de características clínicas específicas, pudiendo simular otras enfermedades. Algunos síntomas son la disminución del apetito y el peso, fiebre, sudoración nocturna, escalofríos y debilidad<sup>(1)</sup>. En nuestra paciente, los síntomas fueron muy inespecíficos que llevó a pensar en otras infecciones obstétricas más frecuentes.

Kesharwani<sup>(10)</sup> y Sharma<sup>(4)</sup> mencionan que en casi todos los casos de TBG se afectan las trompas de Falopio y el endometrio, lo que coincide con nuestros hallazgos quirúrgicos de daño tubárico severo. La infertilidad no se manifestó en nuestro caso porque probablemente adquirió la enfermedad durante el embarazo o existía una tuberculosis latente que por inmunodepresión generó diseminación de la enfermedad hacia las trompas, formando el absceso tubárico izquierdo.



La tuberculosis peritoneal genital debe ser parte del diagnóstico de tumoraciones o afectación anexial, siendo variantes el 'tipo ascítico', 'tipo fibrótico', 'tipo plastificado seco' y la combinación de las tres<sup>(6)</sup>. Encontramos en la primera intervención quirúrgica, líquido ascítico, nódulos en la trompa uterina y gránulos de mijo en peritoneo y epiplón, además del aspecto acartonado. Considerando el poco tiempo de sintomatología, se estaba presentando en la forma de las tres variantes, como lo describe Brasile en su trabajo<sup>(11)</sup>. Miele menciona que el estándar de oro para el diagnóstico de tuberculosis es la presencia del bacilo *M. tuberculosis* en los tejidos<sup>(1)</sup>, hecho difícil cuando se trata de una TBG en la que la muestra se obtiene por cirugía. En nuestro caso, al realizar la cesárea y evidenciar los hallazgos aprovechamos en tomar la muestra con la obtención del diagnóstico final por el servicio de anatomía patológica.

En una revisión, Wang concluye que la aparición de los síntomas a menudo es en el segundo trimestre del embarazo natural, diferente a lo que sucedió en el caso de nuestra paciente, donde los síntomas se presentaron en el tercer trimestre<sup>(9)</sup>. Sin embargo, dentro de las complicaciones del feto hay mayor riesgo de aborto espontáneo y parto prematuro, restricción del crecimiento fetal, mortinatalidad y tuberculosis congénita. La paciente tuvo parto pretérmino y el recién nacido con peso bajo al nacer no presentó tuberculosis congénita.

Las pacientes suelen tener un pronóstico favorable con un apoyo respiratorio rápido y eficaz y terapia contra la tuberculosis<sup>(2)</sup>, lo que sucedió con nuestra paciente que después de iniciar el tratamiento con antituberculosos, empezó su mejoría clínica.

Nuestro estudio muestra que el tiempo desde el inicio de los síntomas hasta el diagnóstico es relativamente largo, lo que sugiere que es difícil diagnosticar la enfermedad y que el diagnóstico erróneo es común en las primeras etapas. Al vivir en un país de alta incidencia se debería contemplar este diagnóstico en pacientes con síntomas inespecíficos. Incluso Wang<sup>(9)</sup> recomienda que toda mujer que vive en un país con alta incidencia de tuberculosis como el nuestro debe ser examinada para detectar una tuberculosis activa o latente y ser tratada antes de embarazarse.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Miele K, Bamrah Morris S, Tepper NK. Tuberculosis in Pregnancy. *Obstet Gynecol* [Internet]. 2020 Jun;135(6):1444-53. <https://journals.lww.com/10.1097/AOG.0000000000003890>
2. Sharma JB, Sharma E, Sharma S, Dharmendra S. Recent Advances in Diagnosis and Management of Female Genital Tuberculosis. *J Obstet Gynecol India*. 2021 Oct 28;71(5):476-87. Available from: <https://link.springer.com/10.1007/s13224-021-01523-9>
3. Oficina panamericana de la salud. Tuberculosis en las Américas. Informe regional 2021. 2021;
4. Sharma JB, Sharma E, Sharma S, Dharmendra S. Female genital tuberculosis: Revisited. *Indian J Med Res*. 2018;148:571-83.
5. Sosa LM, Cala LL MJ. Tuberculosis congénita asociada con tuberculosis materna miliar diseminada. *Biomédica*. 2007;27(4):4775-82.
6. Salazar Jiménez C, Valencia Serrano N, Aguilar Martínez J. Tuberculosis miliar en el embarazo. Reporte de caso y revisión de la literatura. *Enf Infecc Microbiol*. 2017;37(4):133-8. <https://www.medigraphic.com/pdfs/micro/ei-2017/ei174f.pdf>
7. Snow KJ, Bekker A, Huang GK, Graham SM. Tuberculosis in pregnant women and neonates: A meta-review of current evidence. *Paediatr Respir Rev*. 2020 Nov;36:27-32. doi: 10.1016/j.prrv.2020.02.001
8. Gómez J, Galvis G, Reyes Á, Suárez J, Rodríguez S, Colmenares C. Tuberculosis de la mano en mujer embarazada: raro caso de manifestación extrapulmonar. *Rev Colomb Ortop Traumatol*. 2018 Mar;32(1):61-5. <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0120884517301062>
9. Wang K, Ren D, Qiu Z, Li W. Clinical analysis of pregnancy complicated with miliary tuberculosis. *Ann Med*. 2022 Dec 31;54(1):71-9. <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/7853890.2021.2018485>
10. Kesharwani H, Mohammad S, Pathak P. Tuberculosis in the Female Genital Tract. *Cureus*. 2022 Sep 2. <https://www.cureus.com/articles/109199-tuberculosis-in-the-female-genital-tract>
11. Brasile O, Martinello R, Scutiero G, Greco P. Genital-peritoneal tuberculosis: A case with different diagnostic work up. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2020 Sep;252:630-1. <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0301211520304681>